

記載例

後期高齢者医療送付先届出書

福井県後期高齢者医療広域連合長 様
 ○○市(町)長 様

該当する届出に“○”を付けてください。

送付してほしい住所、宛名、連絡先電話番号を記入してください。

次のとおり、送付先を(登録・変更・解除)します。

内 容		送 付 先			届出期間
<input checked="" type="checkbox"/>	1 保険証 資格に関する 帳票	①保険証	住所	〒×××-××××	平成××年××月××日 ~ 平成××年××月××日
		②限度額適用・標準 負担額減額認定証 等	宛名	フリガナ ○○○ ○○○ ○○ ○○	
<input type="checkbox"/>	2 納付通知 課・収納に 関する帳票	①賦課決定通知書 兼納入通知書	住所	〒	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>	3 給付通知 給付に関する 帳票	①高額療養費支給 決定通知書	住所	〒	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/>			②医療費通知	宛名	フリガナ
<input type="checkbox"/>	4 上記通知すべて		住所	〒	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
届出の理由		○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○			送付先を変更する期間を記入してください。(今後ずっとの場合は、~までの日付を空欄にしてください。)

変更したい通知に“レ”を付けてください。

住民票を動かさずに送付先を変更する理由を記入してください。(必ず記入してください。)

申請者	被保険者 番号	申請者(被保険者)の被保険者番号、氏名、住所、連絡先電話番号を記入してください。	ナ 名	フリガナ ○○○ ○○○ ○○ ○○ (印)
	住所	〒×××-×××× ○○県○○市○○ ××-××	電話番号	××××-××-××××

届出者	届出日	平成××年××月××日		
	氏名	○○ ○○ (印)	本人との関係	○の○
	住所	〒×××-×××× ○○県○○市○○ ××-××	電話番号	××××-××-××××

(注意) 1. この届出書は、後期高齢者医療被保険者とその家族、送付先名義人と十分協議のうえ、提出してください。
 届出日、届出者の氏名、被保険者との関係、住所、連絡先電話番号を記入してください。(届出者が被保険者本人の場合は省略可能)
 住民票等の内容を変更するものではありません。住民票の住所が変更された場合は、届出理由が無い方は、住民票の住所を変更してください。